

重 要 事 項 説 明 書（児童発達支援用）

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1 児童発達支援を提供する事業者について

事 業 者 名 称	合同会社 EnJoy
代 表 者 氏 名	代表社員 森 達也
本 社 所 在 地	兵庫県たつの市龍野町日山 8 8 番地 9
法人設立年月日	平成 30 年 2 月 20 日

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事 業 所 名 称	児童発達支援事業所 P-S
サ ー ビ ス の 主たる対象者	重症心身障がい児以外
事 業 所 番 号	2853601066
管 理 者	森 達也
児童発達支援 管理責任者	林 周一郎
事業所所在地	兵庫県たつの市龍野町日山 8 8 番地 9
連 絡 先 相談担当者名	森 達也 0791-63-7007
事業所の通常の 事業実施地域	たつの市 相生市
利 用 定 員	10 名
開 設 年 月 日	平成 30 年 6 月 1 日

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	事業所を利用する障がい児及びその利用者に係る通所給付決定保護者等の意思及び人格を尊重し、適切な児童発達支援を提供することを目的とする
運営方針	利用者が日常生活における基本的動作及び知識技能を習得し、並びに集団生活に適応することができるよう、利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、適切かつ効果的な指導訓練を行うものとする

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 ただし、夏季休暇 8 月 9 日から 17 日、冬季休暇 12 月 25 日から 1 月 4 日（年間カレンダーに定める）、祝日を除く。
営業時間	午前 8 時 45 分から午後 5 時 45 分

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から金曜日 ただし、夏季休暇 8 月 9 日から 17 日、冬季休暇 12 月 25 日から 1 月 4 日（年間カレンダーに定める）、祝日を除く。
サービス提供時間	9 時から 12 時 13 時から 17 時

3 事業所の構造・設備について

(1) 構造

構造	木造 2 階建て
敷地面積	147.16 m ²
延床面積	76.0 m ²

(2) 設備

設備の種類	部屋数	備 考
指導訓練室	3 室	個別療育、集団療育を行う
事務室	1 室	
浴室	1 室	
トイレ	1 室	
洗面所	1 室	

4 職員体制等について

(1) 各職種の職務の内容

職 種	職 務 内 容
管 理 者	管理者は、職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定児童発達支援の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。
職 種	職 務 内 容
児童発達支援 管理責任者	<p>(1) 適切な方法により、障がい児の有する能力、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて通所給付決定保護者及び障がい児の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、障がい児が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討します。</p> <p>(2) アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、事業所が提供する指定児童発達支援以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、通所給付決定保護者及び障がい児の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定児童発達支援の目標及びその達成時期、指定児童発達支援を提供する上での留意事項等を記載した児童発達支援計画の原案を作成します。</p> <p>(3) 児童発達支援計画の原案の内容を通所給付決定保護者及び障がい児に対して説明し、文書により同意を得た上で、作成した児童発達支援計画を記載した書面を通所給付決定保護者に交付します。</p> <p>(4) 児童発達支援計画作成後、児童発達支援計画の実施状況の把握（障がい児についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、児童発達支援計画の見直しを行い、必要に応じて児童発達支援計画を変更します。</p> <p>(5) 利用に際し、障がい児通所支援事業者等に対する照会等により、障がい児の心身の状況、事業所以外における指定障がい児通所支援等の利用状況等を把握します。</p> <p>(6) 障がい児の心身の状況、置かれている環境等に照らし、障がい児が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる障がい児に対し、必要な支援を行います。</p> <p>(7) 他の職員に対する技術指導及び助言を行います。</p>
児 童 指 導 員	利用者に対して、適切な指導訓練を行う。
保 育 士	利用者に対して、適切な指導訓練を行う。

(2) 職員配置

職種	員数	常勤		非常勤		常勤 換算	備考
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1				
児 童 発 達 支 援 管 理 責 任 者	1	1					
理 学 療 法 士 等	1	1					
児 童 指 導 員	1	1					
保 育 士	1		1				

5 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容

サービスの種類	サ ー ビ ス の 内 容
児 童 発 達 支 援 計 画 の 作 成	通所給付決定保護者及び障がい児の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した児童発達支援計画成します。
日 常 生 活 訓 練	視覚認知課題、道具の操作スキル課題、日常生活動作の獲得、粗大運動等を行います。
集団生活適応訓練	集団の流れに沿った、指示理解や注意集中の課題、物のかしかりやルール遊び等を行います。
育 児 ・ 発 達 相 談	家庭や園などで、困っている行動などに対して、相談や助言を行います。

(2) サービス料金

<提供するサービスの料金とその利用者負担額について>

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

通所給付決定保護者の属する世帯の所得に応じて、負担上限月額が設定され、利用料の1割と負担上限月額のいずれか額の小さいほうが、1月あたりの利用者負担額になります。利用料の1割が負担上限月額を超える場合は負担上限月額以上の負担は発生しません。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※ 児童発達支援費について事業者が代理受領を行わない(通所給付決定保護者が償還払いを希望する)場合は、児童発達支援費の全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に児童発達支援費の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

- ① 事業所がとっている体制により、下表のとおり料金が加算されます。
ただし、利用回数によって変動する場合があります。

項目	内容
基本報酬	901 円 重症心身障がい児以外の場合 区分 1 (30 分以上 1 時間 30 分以下)
児童指導員加配加算	187 円 常時見守りが必要な障がい児の支援や保護者に対する支援方法の指導を行う等支援の強化を図るために、基準を上回る児童指導員等を 1 名以上配置している場合
福祉専門職員配置等加算 (Ⅱ)	10 円 生活支援員等のうち、有資格者が一定割合以上場合
子育てサポート加算	80 円 (月 4 回) 保護者に支援場面の観察や参加等の機会を提供した上で、こどもの特性や特性を踏まえたこどもへの関わり方等に関して相談援助等を行った場合
専門的支援実施加算	150 円 (月 4 回) 理学療法士等により、個別・集中的な専門的支援を計画的に行った場合
個別サポート加算 (Ⅰ)	120 円 ケアニーズが高い障害児に支援を行った場合 ※対象者は受給者証に記載されます。
欠席時対応加算	94 円 (月 4 回) 急病等により利用を中止した際に、連絡調整や相談援助を行った場合
関係機関連携加算 (Ⅳ)	200 円 (1 回) 就学先との連携を図るため保護者の同意を得て、小学校等との連絡調整及び相談援助を行った場合
利用者負担上限額管理加算	150 円 通所給付決定保護者の依頼により、負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないように、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合
処遇改善加算 (Ⅰ)	障害福祉サービス等報酬総単位数×福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰの加算率 13.1% 昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みが構成している場合

6 その他の費用について

内 容	料 金
その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、通所給付決定保護者に負担させることが適当と認められるものの実費	実費相当額

7 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

利用者負担額その他の費用の支払い方法について	<p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 20 日までに請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の翌月末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(1) 現金支払い お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。 また、児童通所給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>
------------------------	---

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から 3 月以上遅延し、故意に支払いの督促から 14 日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

8 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 児童発達支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、通所給付決定保護者及び障がい児の生活に対する意向に配慮しながら「児童発達支援計画」を作成します。作成した「児童発達支援計画」については、案の段階で通所給付決定保護者及び障がい児に対し内容を説明し、通所給付決定保護者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

(3) 児童発達支援計画の変更等

「児童発達支援計画」は、障がい児の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成23年法律第79号)」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	林 周一郎
-------------	-------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
 ③ 苦情解決体制を整備しています。
 ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

10 秘密の保持と個人情報の保護について

①障がい児又はその家族に関する秘密の保持について	<p>事業者は、障がい児又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た障がい児又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○ 事業者は、従業者に業務上知り得た障がい児又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
②個人情報の保護について	<p>○ 事業者は、障がい児又はその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、行政機関、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、障がい児又はその家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○ 事業者は、障がい児又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、障がい児又はその家族の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

11 緊急時の対応方法について

- ① サービス提供中に、障がい児に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、保護者が予め指定する連絡先にも連絡します。
- ② 上記以外の緊急時において、障がい児に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

連絡先: 電話番号 0791-63-7007 (対応可能時間 午前 8 時 45 分から午後 5 時 45 分)

12 協力医療機関について

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。

(1)

医療機関名称	たけだファミリークリニック		
所在地	たつの市揖西町小神 161-1		
電話番号	0791-72-8936		
診療科	内科・小児科	入院設備	無

13 事故発生時の対応方法について

障がい児に対する児童発達支援の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、障がい児の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、障がい児に対する児童発達支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

市町村	市町村名	お住いの地域の窓口、たつの市健康福祉部地域福祉課に連絡致します。
	担当部・課名	
	電話番号	

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 三井住友海上火災

保険名 賠償責任保険

14 非常災害時の対策

非常時の対応	指定避難場所 : 県立龍野高等学校 二次指定避難場所 : 日山住宅集会所 警戒レベル2 : 療育の有無に関して P-S の HP に記載します。 警戒レベル3 : 避難時刻と場所を P-S の HP に記載します。 詳細は緊急時対応マニュアルに則り対応いたします。
平時の訓練	別途に定める消防計画に則り、実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・誘導灯 有 ・消火器 有 ・カーテン等は防災機能のある物を使用しています。 ・震災に備えての、携帯ラジオ・懐中電灯、非常食等など
消防計画	消防署への届出日 : 平成 30 年 5 月 14 日 防災管理者 : 森 達也

15 苦情解決の体制及び手順

- (1) 提供した指定児童発達支援に係る障がい児又は通所給付決定保護者その他の当該障がい児の家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

【事業者の窓口】 児童発達支援事業所 P-S	所在地 たつの市龍野町日山 8 8 番 9 電話番号 0791-63-7007 受付時間 月～金曜日 8:45～17:45 苦情解決責任者 管理者 森 達也
【市町村の窓口】	たつの市健康福祉部地域福祉課障害福祉課、お住いの地域の窓口（健康福祉課、社会福祉課、障害福祉課など）に連絡をお願いします。
【公的団体の窓口】 兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 神戸市中央区坂口通 2 丁目 1- 1 電話番号 078-242-6868 受付時間 月～金曜日（祝日を除く） 10:00～16:00

16 心身の状況の把握

指定児童発達支援の提供に当たっては、障がい児の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

17 連絡調整に対する協力

児童発達支援事業者は、指定児童発達支援の利用について市町村又は障がい児相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

18 他の指定通所支援事業者等との連携

指定児童発達支援の提供に当り、兵庫県、市町村、障がい福祉サービスを行う者、児童福祉施設その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

19 サービス提供の記録

- ① 指定児童発達支援の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容を次回来所時に通所給付決定保護者の確認を受けることとします。
- ② 指定児童発達支援の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、通所給付決定保護者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から 5 年間保存し、障がい者又はその家族は事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写等にかかる費用は実費を負担いただく場合があります。）

20 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

感染症対策	利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用は出来ません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
貴重品の管理	貴重品は、自己の責任において管理していただきます。自己管理のできない場合は貴重品を事業所に持ち込まないようお願いいたします。
宗教活動・政治活動 営利活動	児童及び保護者の思想、信仰は自由ですが、他の児童及びその保護者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

21 サービス提供開始可能年月日

サービス提供開始が可能な年月日	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

22 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

上記内容について、通所給付決定保護者に説明を行いました。

事業者	所在地	〒679-4161 たつの市龍野町日山 88 番地 9
	法人名	合同会社 EnJoy
	代表者名	代表社員 森 達也 印
	事業所名	児童発達支援事業所 P-S
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用申込者 (通所給付 決定保護者)	住所	
	氏名	印
	続柄	
利用者（児童）氏名		

代理人	住所	
	氏名	印